

# 事故発生状況報告書

事故証明書番	第 <span style="color: red;">123</span> 号	号	当事者	甲 (加害者)	氏名			
自動車の登録番号	岩手999 い 0123		乙 (被害者)	氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 運転・同乗・歩行・その他			
天候	<input checked="" type="checkbox"/> 晴・曇・雨・雪・霧・( )		交通状況	<input checked="" type="checkbox"/> 混雑・普通・閑散	明暗	<input checked="" type="checkbox"/> 昼間・夜間・明け方・夕方		
道路状況	舗装: <input checked="" type="checkbox"/> (してある)・ <input type="checkbox"/> (していない) ・ 歩道: <input checked="" type="checkbox"/> (ある)・ <input type="checkbox"/> (ない) ・ 道路の見通し: <input type="checkbox"/> (良い)・ <input checked="" type="checkbox"/> (悪い) 中央車線: <input type="checkbox"/> (ある)・ <input checked="" type="checkbox"/> (ない) ・ 道路の状況: <input type="checkbox"/> (直線)・ <input type="checkbox"/> (カーブ)・ <input checked="" type="checkbox"/> (平坦)・ <input type="checkbox"/> (坂)・ <input type="checkbox"/> (積雪路)・ <input type="checkbox"/> (凍結路)							
信号又は標識	信号: <input type="checkbox"/> (ある)・ <input checked="" type="checkbox"/> (ない) ・ 自転車側信号: <input type="checkbox"/> (青)・ <input type="checkbox"/> (赤)・ <input type="checkbox"/> (黄) ・ 相手側信号: <input type="checkbox"/> (青)・ <input type="checkbox"/> (赤)・ <input type="checkbox"/> (黄) 駐停車禁止: <input type="checkbox"/> (されている)・ <input type="checkbox"/> (されていない) ・ その他標識: ( <input checked="" type="checkbox"/> 一時停止標識 )							
速度	甲車両: km/h (制限速度		km/h)		乙車両: km/h (制限速度		km/h)	
事故現場状況図	(右の記号を使って乙の立場で記入してください。また、車線数も正確に記入し、道路幅はmで記入してください。)							
							自 車(乙) 相手車(甲) 進行方向 信 号 一時停止 人 自 転 車 バ イ ク	
事故発生状況(経緯)	<p>交通事故証明書の甲・乙欄にかかわらず、被保険者を「乙」として作成してください。          標識や、センターラインが無い場合、優先道路を判断するため、概ねの道路幅を記入願います。</p> <p>(例) 乙車側に一時停止の標識がある交差点において、減速しただけで十分な安全確認をしないで右折しようとしたため、左方向から走行してきた甲車と衝突した事故です。</p>							
被害者の負傷状況	日	<input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日 (定休日・休暇を含む) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( )						
	時間帯	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途上 <input type="checkbox"/> 出張中 <input checked="" type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>(パート・アルバイト含む)</small>						
	場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input checked="" type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	労災特別加入※	<small>※社長、役員等の経営者が加入する労災保険</small> (被害者が代表取締役等の役員、経営者の場合のみ記入) <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無						

上記内容に間違いありません。

※署名又は記名・押印

年 月 日 届出者(被保険者) :

(注)本書面に代わる同等の内容の書面が  
 場合には、当該書面の余白部分に「上記  
 い。

署名または記名・押印  
 被保険者以外の方が署名した時は、下段に被保険  
 者との関係を記載してください。

印  
 することも可能です。ただし、その  
 または記名押印をして貰ってくださ